

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 132

DE L'ENTÉROTOMIE ÉVACUATRICE

AU COURS DE LA

LAPAROTOMIE POUR OCCLUSION INTESTINALE

Indications et Technique opératoire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond COULOIS

INTERNE DES HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

né le 3 juillet 1892 à SAINT-ÉTIENNE (Loire)



SAINT-ÉTIENNE

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE THÉOLIER

12, Rue Gérentet, 12

JANVIER 1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 132

DE L'ENTÉROTOMIE ÉVACUATRICE

AU COURS DE LA

LAPAROTOMIE POUR OCCLUSION INTESTINALE

Indications et Technique opératoire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Janvier 1921

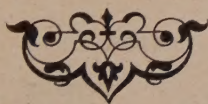
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond COULOIS

INTERNE DES HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE
ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON

né le 3 juillet 1892 à SAINT-ÉTIENNE (Loire)



SAINT-ÉTIENNE

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE THÉOLIER

12, Rue Gérentet, 12

JANVIER 1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ
J. LÉPINE

DOYEN.
ASSESSSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD.
Cliniques chirurgicales.	TIXIER. BÉRARD.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique	LÉPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	NOVÉ-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET.
Chimie biologique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	MOREAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	LATARJET.
Anatomie générale et Histologie	POLICARD.
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutiques générales	MOURIQUAND.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire	VILLARD.
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING (F.).
Médecine légale	ETIENNE MARTIN.
Hygiène	COURMONT (P.).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	MM. VALLAS.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.
Accouchements	COMMANDEUR.
Embryologie	HOVELACQUE.
Anatomie topographique	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Urologie	GAYET.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	CADE.	COTTE.	CORDIER.
COMMANDEUR.	GAULEMARD.	DUROUX.	ROUBIER.
NOGIER.	GARIN.	HOVELACQUE.	FAVRE.
BRETIN.	SAVY.	TRILLAT.	MURARD.
LERICHE.	FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE.	GRAVIER, chargé des
TAVERNIER.	PIERY.	ROCHAIX.	fonctions.

M. BAFLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président ; LATARJET, Assesseur ;
PATEL et BONNET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JEAN,
Mort pour la France.

A MON PÈRE, A MA MÈRE,
Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MA FEMME,

MEIS ET AMICIS.

A mon Président de thèse,

Monsieur le Professeur TIXIER,
Professeur de Clinique chirurgicale

qui a bien voulu nous confier une intéressante observation personnelle, nous aider de ses précieux conseils et nous faire l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse.

Aux Membres de mon jury.

Qu'il nous soit permis de témoigner ici nos sentiments de vive reconnaissance à Monsieur le Dr L. ARNAUD, chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne, qui nous a inspiré le sujet de ce travail, et fourni ses observations personnelles; sa bienveillance et ses précieux conseils ont considérablement facilité notre tâche.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE LYON,

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE St-ÉTIENNE.

INTRODUCTION

Dans la laparatomie pour occlusion intestinale, un des inconvénients les plus considérables, provient de l'extrême distension des anses. Ce météorisme, lorsqu'on n'entreprend pas l'éviscération, entrave toute exploration et toute recherche intra-abdominale; ou bien, du fait même de leurs dimensions et de la tension abdominale, amène presque obligatoirement l'éviscération, procédé non inoffensif sur un intestin souvent enflammé, et le chirurgien se trouve avoir à lutter avec la difficulté de réintégrer les anses. Il n'est donc pas douteux que l'évacuation systématique et immédiate de l'intestin à l'état d'occlusion, présente de nombreux avantages, en même temps qu'elle diminue la gravité du pronostic et étend les limites de la laparotomie curative. Aussi, dans ces quarante dernières années, a-t-on multiplié les recherches et les procédés chirurgicaux destinés à remplir cette indication.

Ces procédés peuvent se ramener à trois principaux : l'entérostomie préalable ou associée, les ponctions capillaires de l'intestin et l'entérotomie évacuatrice. C'est cette dernière méthode que nous voulons étudier dans ce travail.

Il est bien entendu que nous n'avons pas l'in-

tention de nous occuper des cas d'iléus paralytique, dus à l'inflammation du péritoine et dont la thérapeutique est complexe et sujette à discussion en raison de ses difficultés.

Nous comptons déduire, des observations présentées, les avantages de l'entérotomie au cours des laparotomies pour occlusion par obstacle mécanique et montrer, en étudiant la technique opératoire, que cette intervention ne présente pas les dangers qu'on pourrait lui attribuer par sa possibilité d'infection du péritoine et tout aussi bien de la paroi abdominale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1)

Occlusion intestinale par bride. Laparotomie. Guérison. —

Aucun antécédent important à signaler, si ce n'est qu'il y a douze ans la malade fut soignée à la Charité pour hémato-cèle : elle ne fut pas opérée. Au bout de quinze jours environ, elle put quitter l'hôpital. Depuis, troubles digestifs, coliques, constipation, anorexie. Mariée, pas d'enfants.

Le début de son affection fut marqué par l'apparition, le 25 mai, de pertes rouges abondantes, qui durèrent cinq jours. La malade fut fort surprise, car elle était régulièrement réglée et ses dernières règles dataient du 8 mai.

Le 30 mai, alors que ses pertes se tarissent, elle est brusquement prise de douleurs abdominales atroces après son repas de midi. Elle est obligée de s'aliter : le lendemain, des vomissements bilieux incessants s'établissent ; traitement : diète absolue et applications de glace. Les vomissements cessent, mais il y a absence continue de gaz et de matières. Cet état reste stationnaire jusqu'au 6 juin, où la malade rentre dans mon service.

Je l'examine le 7 juin : le ventre est très peu distendu, malgré qu'aucune évacuation stercorale ou gazeuse ne se soit produite depuis huit jours. Il est très sensible à la palpation, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal révèle l'existence dans le cul-de-sac droit d'une masse annexielle mal limitée, peu sensible : à gauche, rien ; utérus fixé en rétroposition. Le doigt est teinté en rouge marron, les pertes rouges sont continues. La température est de 37°7, le pouls à 100. On peut attendre.

(1) *Lyon Chirurgical*, 6 juillet 1911 : Observation présentée par M. TIXIER.

La possibilité d'une grossesse extra-utérine interrompue à droite est admise. Glace sur le ventre, repos absolu.

Le 9 juin, les vomissements, qui avaient cessé depuis le 1^{er} juin, réapparaissent avec intensité : le ventre est plus ballonné, le pouls dépasse 110. De suite, je me décide à intervenir.

Large incision de Pfannenstiel. Le ventre ouvert, des anses d'intestin grêle très distendues, violacées, font issues hors du ventre. Le gros intestin est aplati : l'obstacle est sur le grêle. Rapidement, de propos délibéré, j'éviscère la plus grande partie du grêle, dont un mètre est distendu au maximum, tandis que le reste est du volume d'un boyau de poulet. C'est qu'il existe au niveau de la fosse iliaque droite une stricture complète de l'intestin grêle, stricture créée par une bride très résistante, formée d'abord par de l'épiploon rouge, charnu et au-dessous par un ancien tractus cicatriciel allant de la trompe droite anciennement malade à une anse de l'iléon. Section entre deux pinces et ligature de cette bride.

Immédiatement, la circulation intestinale se rétablit : l'obstacle est donc levé. Est-ce suffisant ? Cette occlusion date de dix jours : elle siège sur l'intestin grêle, dont les parois sont violacées, poisseuses ; dans leur intérieur on fait glisser avec un glou-glou caractéristique des liquides intestinaux sous tension. On doit craindre une toxémie intestinale consécutive, et il faut rentrer avec peine, donc avec malaxation, ces anses malades. Je me décide à compléter la cure radicale de cette occlusion. Aussi l'anse la plus dilatée étant attirée dans une cuvette, je l'incise largement sur son bord convexe, créant ainsi un anus contre nature momentané. Du gaz et des liquides (près d'un litre) s'écoulent avec force, et, phénomène exceptionnel, j'arrive à vider presque complètement les anses distendues. Puis fermeture de l'anus et réintégration très aisée des anses éviscérées. Pour faciliter leurs mouvements en leur rendant du tonus musculaire, je vide sur elles, dans le ventre, un litre de sérum artificiel chaud. Fermeture totale du ventre sans aucun drainage.

Les suites opératoires ont été remarquablement simples : les fonctions intestinales se sont rétablies normalement comme après une simple laparotomie. La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION II

R... Bernard, soldat au N° d'infanterie, 30 ans, entre à l'autochir 23 pour occlusion intestinale aiguë. — A été opéré, il y a deux ans, par le docteur Basset, pour plaie pénétrante de l'abdomen par balle.

A l'examen : faciès assez bon, pouls à 106, température 36°8. Langue saburrale. — Vomissements fécaloïdes. L'abdomen présente un météorisme considérable avec péristaltisme très net. Toucher rectal négatif.

Diagnostic : occlusion intestinale post-opératoire par bride.

Intervention le jour même. Opérateur, docteur Arnaud. Aide, docteur Philippot. Anesthésie rachidienne haute, au niveau de la 1^{re} vertèbre lombaire, sans effet parce que le liquide céphalo-rachidien est teinté de sang. Ensuite, anesthésie locale, largement diffusée de la paroi abdominale. Laparotomie médiane suspubienne allant à 2 cm. au-dessus de l'ombilic.

On tombe sur des anses grêles distendues et étroitement agglutinées entre elles, surtout dans la deuxième moitié de l'intestin grêle, où il n'y a qu'une seule masse. On commence par faire une libération pénible et longue des anses : puis se pose la question de savoir si l'on doit tenter une anastomose. Devant la tension intestinale et l'exclusion presque forcée d'une bonne moitié du grêle, on s'abstient.

Lavage des anses à l'huile camphrée à 1 % : seulement la réduction des anses dans l'abdomen est impossible. Alors entérotomie sur une anse mobile, en dehors du champ opératoire. Il s'écoule une grande quantité de matières facilement. Suture de l'entérotomie. La réduction devient assez facile. Fermeture complète de la paroi abdominale au fil de bronze.

Trois jours après, l'occlusion semble se reproduire : alors on crée une fistule sur une anse basse située et préalablement fixée à la paroi au cours de la première intervention. Ce malade aurait été repris pour faire une anastomose s'il n'avait été évacué précipitamment au moment de la retraite du Chemin des Dames.

OBSERVATION III

M... Alphonse, 39 ans, cultivateur, entre à l'Hôtel-Dieu pour phénomène d'occlusion intestinale aiguë ayant débuté il y a trois jours. Rien à noter dans ses antécédents. A l'examen, malade très pâle, amaigri. Abdomen météorisé moyennement mais avec péristaltisme net. — Palpation douloureuse. — Vomissements fécaloïdes à l'entrée. Langue sale. Pouls à 100°. Pas de température. — Toucher rectal négatif.

En raison du mauvais état général de ce malade, on fait le diagnostic d'occlusion par bride, due probablement à un reliquat de péritonite bacillaire.

Intervention immédiate. Opérateur, docteur Arnaud.

Rachianesthésie à l'allocaine Lumière.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, tout le colon transverse, distendu, du calibre de l'avant-bras et ptosé, s'extériorise et masque la vue. Alors, pour faciliter l'exploration, entérotomie immédiate par un coup de ciseaux sur la partie la plus déclive du côlon : écoulement de plusieurs litres de matières fécales. Suture de l'entérotomie.

A l'examen viscéral, on constate que l'intestin grêle n'est pas distendu, probablement parce que la valvule iléo-cœcale ne s'est pas laissée forcer. En examinant l'S iliaque, on sent sur sa partie haute un cancer avec adhérences au psoas.

Pour faciliter la résection ultérieure de cette tumeur, qui n'est pas à tenter dans l'état actuel du malade, le cœcum tiré est fixé à la paroi que l'on a préalablement incisé pour établir un anus cœcal que l'on ouvrira postérieurement. Réunion *per primam* de l'incision de la laparotomie.

Le lendemain soir, on ouvre l'anus cœcal.

Trois semaines après, le malade étant remonté, nouvelle laparotomie latérale gauche. Résection pénible de l'S iliaque et de ses adhérences au psoas qui doit être enlevé en partie.

Suture bout à bout des deux extrémités intestinales. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Les suites opératoires furent simples. Le malade va à la selle, en partie par son anus, en partie par sa fistule cœcale qui donne de moins en moins.

Trois semaines après, le malade part chez lui avec une petite fistule cœcale qui sera reprise ultérieurement, s'il y a lieu.

OBSERVATION IV

F... Claude, 70 ans, entre à l'hôpital de Bellevue pour phénomènes d'occlusion intestinale datant de huit jours. — A toujours eu une bonne santé. — A l'examen, mauvais état général, facies amaigri. Pouls à 114. Pas de température. Vomissements fécaloïdes. Ventre très ballonné. La palpation, peu douloureuse, ne décèle aucun plastron, ni aucune tuméfaction douloureuse. Toucher rectal négatif.

Intervention immédiate sans diagnostic précis. Opérateur, docteur Arnaud.

Rachianesthésie lombaire.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Enorme distension des anses grêles qui s'éviscèrent dès l'ouverture de l'abdomen. On sent à bout de doigt sur l'S iliaque un petit noyau dur, probablement cancéreux. Pour faciliter la réintégration des anses, entérotomie sur une anse dilatée, attirée en dehors du champ opératoire : plusieurs litres de liquide s'écoulent facilement. Suture de l'entérotomie en trois plans.

On incise la paroi abdominale à droite pour faire un anus cœcal destiné à être ouvert ultérieurement. Réintégration facile des anses. Fermeture de l'incision de la laparotomie.

Le lendemain soir, on ouvre l'anus cœcal. Malgré cela, le malade décline et meurt huit jours après.

Vérification. Gros cancer de l'S iliaque avec adhérences et gros ganglions mésentériques et du méso-sigmoïde. Pas de traces de péritonite.

OBSERVATION V

S... Louis, 35 ans, rentre à l'Hôtel-Dieu pour occlusion intestinale. — Fèvre typhoïde deux ans auparavant : depuis, mauvais état général ; plusieurs crises d'occlusion dans l'intervalle, ayant cédé aux moyens médicaux. A l'examen : ballonnement de l'abdomen, avec arrêt complet des matières et de gaz ; vomissements fécaloïdes. — Coliques douloureuses. — Assez bon état général : pouls à 96° ; pas de température. Toucher rectal négatif.

Diagnostic : occlusion intestinale par bride, due probablement à une ancienne péritonite.

Intervention le jour même. Opérateur, docteur Arnaud.

Rachianesthésie lombaire.

Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic. Le péritoine présente des adhérences et de nombreuses granulations. Grosse distension de l'intestin grêle qui s'extériorise immédiatement. A l'examen viscéral, on trouve plusieurs anses grêles agglutinées autour de l'appendice épaissi et lardacé. D'abord résection de l'appendice. Section de plusieurs brides. Lavage des anses à l'huile camphrée pour faciliter leurs mouvements.

Pour permettre la réintégration facile de l'intestin dans la cavité abdominale, entérotomie sur une anse distendue. Vidange facile des anses ; il sort plusieurs litres de liquide. Puis suture de l'entérotomie à trois plans et réintégration assez commode. Fermeture de la paroi abdominale sur un plan au fil de bronze.

Le malade part guéri avec une petite éventration.

OBSERVATION VI

N... Julie, 48 ans, envoyée à l'hôpital de Bellevue par le docteur Goy, d'Aurec, pour occlusion intestinale ayant débuté il y a quatre jours, par des douleurs abdominales, l'absence d'émission des matières et des gaz, des vomisse-

ments, une température constamment au-dessous de 38°. A l'examen, l'état général n'est pas très bon, le facies est grippé, le ventre est très météorisé sur toute son étendue, sans contracture, les vomissements sont devenus fécaloïdes. Langue saburrale. Pas de température. Pouls à 100. Toucher rectal et vaginal négatifs.

Intervention immédiate sous rachianesthésie lombaire, par le docteur Arnaud. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Les anses grêles, très distendues, s'extériorisent immédiatement. A l'examen viscéral, une anse est sentie coincée dans le cul-de-sac de Douglas, par des brides lamelleuses, rubanées, allant de la face postérieure de l'isthme utérin au promontoire. Section des brides et libération de l'anse qui porte un double sillon d'étranglement non sphacélé.

Pour faciliter la réintégration des anses grêles et diminuer la stercorémie, entérotomie évacuatrice sur une anse dilatée. Des gaz et plusieurs litres de liquide s'écoulent facilement. Suture de l'entérotomie et réintégration facile des anses dans l'abdomen. Fermeture totale de l'incision de la laparotomie sans drainage.

Les suites opératoires ont été très simples : les fonctions intestinales se sont rétablies normalement et la malade part guérie après une légère suppuration pariétale partielle.

OBSERVATION VII

C... Marius, 68 ans, vient à l'hôpital de Bellevue le 15 novembre dernier pour troubles intestinaux avec phénomènes d'obstruction d'ailleurs très atténués. La palpation montre dans le fosse iliaque droite une tuméfaction immobile du volume d'un œuf à peu près. La région en avant est sonore. Toucher rectal négatif.

On pense à un néoplasme du cœcum ou bien à une appendicite chronique à forme néoplasique telle qu'on la voit chez les vieillards. Intervention le lendemain. Rachianesthésie lombaire.

Grande incision de Jalaguier, en évitant d'ouvrir la gaine des droits, en dehors de laquelle on passe. Le cœcum adhérent ne se laisse pas extérioriser : en arrière de lui est une masse qui tient au péritoine de la fosse iliaque et qui, dégagé, se montre être l'appendice refoulé derrière le cœcum et qu'on enlève faute de mieux par fragments. Pas de pus. L'appendice est épaissi et lardacé. Le cœcum libéré semble montrer une paroi postérieure épaissie ; cet épaississement se poursuit d'ailleurs dans le mésentère. On peut se demander s'il ne s'agit pas d'une plaque de tuberculose ou bien d'un cancer cœcal au début. Afin de ne pas faire une résection du cœcum, toujours dangereuse, on fait une cœcotomie exploratrice au-dessus de la plaque indurée, après avoir pris toutes les précautions aseptiques voulues : la muqueuse cœcale se montre saine et la paroi examinée entre deux doigts est moins épaissie qu'elle ne paraissait de prime abord. L'infiltration est uniquement mésentérique. Fermeture de l'intestin en deux plans : le grand épiploon est ramené sur le fond du cœcum pour l'encapuchonner. Fermeture de l'abdomen.

Réunion par première intention de la plaie abdominale.

Le malade part guéri trois semaines après.

INDICATIONS

La première indication en date de l'entérotomie, au cours d'une laparotomie pour occlusion intestinale, fut posée par Madelung. Ce chirurgien voulait pratiquer un anus contre nature temporaire quand la distension des anses intestinales, étant par trop considérable, gênait la recherche du siège de l'occlusion. Dans ces cas, en effet, il faudrait, pour bien examiner l'abdomen, pratiquer l'éviscération ; mais si avantageuse que soit cette façon d'opérer, mieux vaut pourtant l'éviter et dans bien des cas où l'on est gêné pour la recherche de la cause de l'occlusion par la distension considérable des anses, on conçoit qu'on soit amené à rechercher leur affaïssement par une évacuation immédiate. A cette époque, on pratiquait une incision abdominale de dimensions restreintes, qui avait l'avantage de rendre facile la contention des anses et évitait l'éviscération, source de refroidissement et de collapsus par exposition simultanée de toutes les anses intestinales au contact de l'air.

Seulement, malgré cette évacuation de l'intestin distendu, l'exploration manque encore de certitude et demande beaucoup de temps, ce qui aggrave le pronostic de l'intervention.

C'est devant cette constatation, que la gravité de la laparotomie est en raison de la longueur de cette intervention vu l'état de moindre résistance des malades, que l'on préconise une plus grande incision à cheval sur l'ombilic, avec comme conséquence, l'éviscération et la recherche plus commode de l'obstacle. C'est alors que J. Bœkel, de Strasbourg, proposa l'entérotomie pour faciliter la réintégration des anses éviscérées en vidant en partie l'intestin. C'est que, dans les cas où les anses sont entièrement distendues par les gaz, il peut se produire au cours des manœuvres de réduction de larges déchirures du revêtement péritonéal par une sorte d'éclatement de la séreuse. De plus, cette réintégration, difficile et longue, par cette sorte de brassage qu'elle fait subir à l'intestin, choque gravement le malade et fait perdre, au point de vue du temps, tout l'avantage que comporte cette méthode de recherche de l'obstacle.

D'autres procédés avaient été déjà employés pour vaincre cette difficulté de réintégration des anses dilatées. Les uns, avec Sheild, passaient un gros fil de soie ou de catgut à chacune des lèvres de la plaie, et soulevaient ainsi les deux côtés de l'incision pour former une sorte de bourse destinée à mieux contenir les anses. D'autres ont prétendu faire un lavage de l'intestin de part et d'autre de l'obstacle par l'emploi de sonde stomacale ou rectale. On a préconisé le procédé classique de la serviette, applicable surtout au cas de distension moyenne, et enfin, les ponctions capillaires. Cette dernière méthode, dont la

valeur est très discutée, est encore employée par de nombreux chirurgiens. Il nous semble que, pour avoir une certaine efficacité, elle demande à être répétée sur de nombreuses anses et avec des trocars assez gros, pour obtenir un affaissement sensible et donner issue, non seulement aux gaz, mais aussi aux liquides : d'où augmentation des dangers d'infection et travail assez long pour bien obturer toutes ces brèches intestinales.

Il est un troisième avantage de faire l'entéroronie au cours d'une laparotomie pour occlusion intestinale, c'est de soustraire de l'organisme une masse de liquide hypertoxique et hyperseptique, et de désintoxiquer immédiatement le malade. On a reconnu, en effet, que l'ablation seule de l'obstacle n'est pas toujours aussi curative qu'elle prétend l'être. Le malade, dont l'occlusion est levée, peut mourir, non seulement du shock ou de péritonite, mais aussi de son intoxication stercorémique, d'autant mieux que toute laparotomie s'accompagne, par elle-même, d'une certaine paralysie de l'intestin, forcé probablement par la surdistension. Quel que soit le degré de toxicité plus ou moins grand du contenu intestinal, que, d'autre part, l'absorption par la muqueuse intestinale au-dessus de l'obstacle soit diminuée dès le début et proportionnellement à la durée de l'occlusion, il y a toujours, sur deux ou trois mètres d'intestin dilaté, plusieurs litres de gaz ou de liquides toxiques. Si l'on enlève brusquement ce barrage et si l'on rétablit la perméabilité intestinale, il y aura une absorption massive, car, en

dessous de l'obstacle, la muqueuse intestinale jouit de toutes ses propriétés d'absorption et, par conséquent, peut se produire une intoxication rapidement mortelle.

L'évacuation en dehors du contenu de l'intestin à l'état d'occlusion, avant la levée de l'obstacle, a encore un autre avantage, quand on doit entreprendre d'autres interventions sur l'intestin (entéro-anastomose ou résection). L'évacuation liquide ou gazeuse permet l'affaissement des anses au préalable, et on conçoit l'intérêt qu'il peut y avoir à ne pas travailler sur une paroi distendue et friable, se laissant déchirer facilement. D'autre part, il est bien entendu que les sutures ont d'autant plus de chances de tenir que l'intestin est moins distendu.

De plus, cette entérotomie de décharge, dans les cas d'occlusion par cancer de l'S iliaque, par exemple, permet d'éviter l'ouverture immédiate de l'anus cœcal, que l'on est obligé d'établir pour remonter l'état général du malade avant de tenter la résection de ce cancer, empêchant ainsi l'infection de la paroi abdominale.

Nos observations montrent bien l'utilité de l'entérotomie suivant ces diverses indications.

Dans la majorité des cas (observations I, II, IV, V, VI), le météorisme intestinal est tel qu'il amène l'éviscération et nuit à une réintégration facile des anses; aussi, pour réduire cet inconvénient, a-t-on pratiqué l'entérotomie évacuatrice avec succès.

Dans le cas de notre troisième observation, l'entérotomie fut faite pour permettre un examen plus

commode du fait de la distension extrême de tout le côlon transverse qui entravait toute exploration : c'est notre première indication envisagée, assez rare en général, car l'éviscération est rendue presque fatale, soit pour la recherche plus aisée de l'obstacle, soit par le météorisme des anses.

Dans toutes les observations présentées et surtout dans celle qu'a bien voulu nous confier M. le professeur Tixier, nous croyons pouvoir admettre que l'évacuation immédiate du contenu septique de l'intestin contribue grandement à diminuer l'intoxication stercorémique des malades.

Dans notre quatrième observation, l'entérotomie, en outre de ces deux dernières indications, facilita l'établissement de l'anus cœcal. La mort du malade est due à son mauvais état général et à son âge; la cause de son occlusion aurait demandé une opération palliative, que l'incertitude du diagnostic ne permettait pas de prévoir et dont la réussite peut être mise en doute, étant donné les conditions dans lesquelles elle eut été pratiquée.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'entérotomie, telle que nous la comprenons, doit remplir deux conditions, pour être profitable : 1° vider suffisamment l'intestin; 2° ne pas être dange-reuse. Le principal inconvénient de cette méthode, c'est la possibilité d'infection du péritoine et de la paroi abdominale. Cette intervention se réclame d'une technique un peu minutieuse, qui permet assez facilement d'éviter ces dangers.

La laparotomie est faite; elle montre des anses aplaties, d'autres distendues. Ces dernières sont éviscérées en bloc et l'on prend approximativement une anse située à mi-longueur de la partie d'intestin distendu. Cette anse, étant tirée le plus loin possible de la plaie, est parfaitement isolée du reste du champ opératoire par plusieurs couches de compres-ses. Au-dessous de cette anse, on dispose un réci-pient destiné à en recevoir le contenu. On incise l'anse sur son côté convexe d'un coup de bistouri ou de ciseaux, sur une longueur d'un travers de doigt à peu près; on amarre chacune des lèvres de la plaie avec une pince de Chaput, et on laisse couler dans le récipient. En général, cet écoulement se fait assez facilement. On attend jusqu'à ce que l'issue des liquides et des gaz ne se fasse plus librement. A ce

moment, l'aide, placé de l'autre côté du malade, à distance par conséquent de l'orifice de sortie du liquide septique, soulève les anses intestinales correspondant de chaque côté de l'ouverture de l'intestin, en commençant par les plus éloignées. Contrairement à ce qui se passe dans l'iléus dynamique, l'entérotomie, avec cette légère malaxation, vide assez largement la partie distendue.

Combien de temps cette partie de l'intervention demande-t-elle? En moyenne entre quinze et vingt-cinq minutes. Cette durée est en général suffisante pour obtenir la déplétion escomptée, et ne présente pas d'inconvénients au point de vue shock, d'autant mieux que le malade est soumis à rachi-anesthésie ou à l'anesthésie locale largement diffusée, évitant ainsi les vomissements, surtout dangereux puisqu'il s'agit de liquide septique.

Quand l'issue du contenu intestinal est terminée, on enlève le récipient qui le contient; on change toutes les compresses qui isolent l'anse : celle-ci est soigneusement nettoyée à l'éther. Le chirurgien, à ce moment, lave ses gants à l'eau stérilisée et à l'alcool.

Comme l'incision est faite longitudinalement par rapport à l'axe de l'intestin, et qu'elle est de dimensions très réduites, on peut faire une suture transversale pour éviter le rétrécissement du calibre de l'intestin. D'autre part, cette suture demande à être absolument étanche; en général, la suture à deux plans est suffisante. On fait un premier plan total, perforant, profond, puis un second plan séro-

séreux réalisant l'adossement des surfaces séreuses et assurant une bonne fermeture de la plaie. Au besoin, si l'on a des doutes sur l'étanchéité de la suture, on peut faire à ce niveau une épiploo-plastie. L'anse est de nouveau largement arrosée à l'éther et réintégrée dans le champ opératoire.

Dès que l'intestin est fermé, l'opérateur enlève les champs souillés qui ont limité l'anse incisée, met de côté les instruments qui ont servi pour les manœuvres nécessairement septiques qui ont précédé et change de gants pour continuer son intervention.

Immédiatement après l'opération, il est avantageux d'introduire dans le rectum, en plusieurs reprises, une sonde qui, en évacuant les gaz du gros intestin, permet de ne pas laisser forcer la valvule iléo-cœcale et ménage ainsi la suture.

Dans toutes nos observations, l'intestin distendu s'est vidé assez facilement sans qu'on ait besoin de se livrer à d'autres manœuvres que celle décrite : soulever légèrement les anses de chaque côté de l'ouverture afin de faciliter l'écoulement du contenu intestinal.

En général, cette ouverture de l'intestin n'amène ultérieurement aucun phénomène septique, non seulement du côté de la séreuse péritonéale, mais même de la paroi abdominale; dans un seul cas (observation VI) il y eut une suppuration pariétale partielle.

Notre dernière observation montre que l'on a pu tenter une cœcotomie exploratrice, dans un cas d'obstruction intestinale, afin d'examiner la mu-

queuse, d'apprécier son épaissement, sans qu'il soit résulté aucun danger d'infection pour la plaie de la paroi abdominale.

Nous pensons qu'on peut admettre, en prenant toutes les précautions aseptiques minutieuses, isolément aussi parfait que possible de l'anse extériorisée, renouvellement des compresses après l'issue du contenu de l'intestin, lavage soigneux de l'anse à l'éther, changement de gants et des instruments après la suture, que ces risques d'infection sont très réduits et que l'entérotomie évacuatrice ne présente pas les caractères de gravité qui ont beaucoup restreint ses indications et lui ont fait préférer d'autres méthodes chirurgicales, à notre avis, moins pratiques et plus dangereuses.

CONCLUSIONS

Dans les cas d'occlusion intestinale avec météorisme considérable, on fera avec avantage une entérotomie sur une anse distendue.

1° Faite au début de l'intervention, elle permet plus facilement de découvrir l'obstacle;

2° Faite un peu plus tard, avant une opération plus grave portant sur l'intestin (résection ou anastomose), elle donne moins de gravité et plus de facilité à cette opération;

3° Pratiquée à la fin de l'intervention, elle permet une plus facile réintégration des anses;

4° Dans toute occlusion, elle permet de lutter contre la stercorémie;

5° Cette entérotomie évacue largement l'intestin dans le cas d'obstacles mécaniques. Elle n'est pas dangereuse si l'on sait se protéger. Elle contribue pour une large part au succès de la laparotomie dans l'occlusion intestinale.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu : LE DOYEN,

TIXIER.

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 23 décembre 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- LE DENTU et DELBET. — *Affections chirurgicales de l'abdomen*.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*, tome IV.
- Ch. MONOD et VANVERTS. — *Traité de technique opératoire*, tome II.
- LEJARS. — *Traité de chirurgie d'urgence*.
- MADELUNG. — *Archive für klin. chir.*, 1887.
- TERRIER. — *Société de chirurgie*, 1887.
- BECKEL. — « De l'entérotomie temporaire suivie de la suture immédiate de l'intestin dans la laparotomie pour occlusion intestinale », (Rapport par LE DENTU). — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 29 avril 1890.
- MICHAUX. — *Congrès de chirurgie*, 1895.
- L. TIXIER. — *Pratique de l'éviscération en chirurgie abdominale. Du shock abdominal*. — Thèse de Lyon, 1897.
- SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON. — *Compte rendu in Lyon médical*, 21-29 avril 1904.
- PINATELLE et RIVIÈRE. — « Recherches cadavériques sur l'évacuation méthodique de l'intestin par l'entérotomie. ». — *Revue de chirurgie*, 1905.
- L. TIXIER. — *Lyon chirurgical*, 9 juillet 1911.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
OBSERVATIONS	11
INDICATIONS	19
TECHNIQUE OPÉRATOIRE	24
CONCLUSIONS ..	28
BIBLIOGRAPHIE	29
